

# JUSTIFICACIÓN MÉDICA POR TRANSPORTE

Obra Social Prevención Salud		Fecha: 30 / 06 / 2022	
Nombre Juan Cruz		Apellido Hidalgo Rodriguez	
Nº de beneficiario 15117602022	Tipo de Doc. DNI	Nº de Documento 53.076.093	
Edad 9		Sexo M	

Diagnóstico ..... Lesión por traumatismo en el cráneo .....

Indicar justificativo de la necesidad de transporte.....  
 .....  
 .....

Por lo que requiere traslado no público desde/hasta

1- Dirección de origen ..... Casa .....

Dirección de destino ..... centro de rehabilitación .....

Prestación a la que asiste.....

2- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

Prestación a la que asiste.....

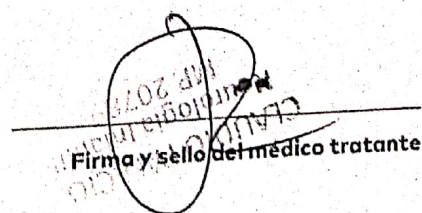
3- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

Prestación a la que asiste.....

Dependencia: ☒ SI ☐ NO En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM

Durante el período (mes) ..... Junio ..... y (mes) ..... Julio ..... del año ..... 2022 .....

  
 Firma y sello del médico tratante